

INSTYTUT WYMIARU SPRAWIEDLIWOŚCI

dr Mariusz Nawrocki

***Stosowanie tymczasowego aresztowania w sprawach
zakończonych ostatecznie zastosowaniem środka
zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie
psychiatrycznym***

Warszawa 2017

Spis treści

Uwagi wprowadzające	1
I. Podstawy stosowania środków zabezpieczających ze szczególnym uwzględnieniem umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym	2
II. Podstawy stosowania tymczasowego aresztowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi	5
III. Prawne podstawy wykonywania tymczasowego aresztowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi	10
IV. Wykonywanie tymczasowego aresztowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w świetle orzecznictwa sądów polskich	13
V. Standardy europejskie	16
VI. Wyniki badań aktowych	23
1. Kwalifikacja prawna popełnionych czynów	23
2. Moment powzięcia informacji o stanie psychicznym sprawcy	25
3. Stan zdrowia psychicznego sprawcy a przesłanki stosowania tymczasowego aresztowania	25
4. Opinia (czy opinie) biegłych	26
5. Miejsce badania psychiatryczno-psychologicznego sprawcy	27
6. Obserwacja psychiatryczna	28
7. Podstawy niepoczytalności	28
8. Tymczasowe aresztowanie w odpowiednim zakładzie leczniczym	29
9. Okres trwania postępowania	31
10. Przedłużanie tymczasowego aresztowania po umieszczeniu w zakładzie	32
VI. Wnioski końcowe	34

Uwagi wprowadzające

Przedmiotem badań w ramach tytułowego zagadnienia było ustalenie, jak w sprawach, które zakończyły się ostatecznie zastosowaniem środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym, przebiegało stosowanie tymczasowego aresztowania, w szczególności czy i ewentualnie jaki wpływ na stosowanie aresztu miał stan psychiczny osoby podejrzanej. Istotą niniejszych badań było zatem ustalenie, czy istnieje jakaś relacja między stosowaniem najsurowszego ze środków zapobiegawczych a zastosowaniem najsurowszego ze środków zabezpieczających. Badaniom poddano akta spraw sądów I instancji (sądów rejonowych i sądów okręgowych) z terenu całego kraju, w których rozstrzygnięcia zapadły w latach 2012-2016.

Niniejsze opracowanie zostało podzielone na kilka części celem kompleksowego omówienia tytułowej problematyki. W pierwszej kolejności przybliżono prawne uregulowanie możliwości stosowania środków zabezpieczających. Następnie opisano ustawowe ramy stosowania tymczasowego aresztowania wobec osób przejawiających zaburzenia natury psychicznej. W dalszej części dokonano analizy przepisów stanowiących o sposobie wykonywania tego środka zapobiegawczego wobec wskazanej kategorii sprawców, w szczególności z uwzględnieniem regulacji kodeksowych. W pracy nie mogło zabraknąć również analizy orzecznictwa Sądu Najwyższego i sądów apelacyjnych oraz Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, które podejmują ten temat. W ostatniej części opracowania przedstawiono wyniki badań aktowych.

I. Podstawy stosowania środków zabezpieczających ze szczególnym uwzględnieniem umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym

W tym miejscu należy przywołać przepisy, na podstawie których możliwe jest stosowanie środków zabezpieczających. Z uwagi na okoliczność, że badanie akt dotyczyło spraw z przełomu lat 2012-2016, omówić należy przepisy sprzed tzw. noweli lutowej oraz przepisy obowiązujące obecnie.

Pojęciem „nowela lutowa” określa się ustawę z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw¹. Na mocy przepisów tej ustawy nastąpiła jedna z największych nowelizacji Kodeksu karnego z 1997 roku od momentu jego uchwalenia. Przed wejściem w życie tej ustawy, co nastąpiło 1 lipca 2015 roku, kwestię umieszczenia w zakładzie zamkniętym regulowały przepisy art. 93 i 94 k.k.

Zgodnie z art. 93 k.k. sąd mógł orzec przewidziany w rozdziale X Kodeksu karnego środek zabezpieczający związany z umieszczeniem w zakładzie zamkniętym lub skierowaniem na leczenie ambulatoryjne tylko wtedy, gdy było to niezbędne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego związanego z jego chorobą psychiczną, zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeniem umysłowym lub uzależnieniem od alkoholu lub innego środka odurzającego; przed orzeczeniem tego środka sąd wysłuchiwał lekarzy psychiatrów oraz psychologa, a w sprawach osób z zaburzeniami preferencji seksualnych – także lekarza seksuologa.

Z kolei stosownie do art. 94 § 1 k.k., jeżeli sprawca, w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1, popełnił czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości i zachodziło wysokie prawdopodobieństwo, że popełni taki czyn ponownie, sąd orzekał umieszczenie sprawcy w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym. Przepis art. 94 § 2 k.k. stanowił, że czasu pobytu w zakładzie nie określało się z góry, a sąd

¹ Dz.U. z 2015 r., poz. 396.

orzekał zwolnienie sprawcy, jeżeli jego dalsze pozostawanie w zakładzie nie było już konieczne².

W wyniku zmian wprowadzonych przez przepis art. 1 pkt 54-58 tzw. noweli lutowej na nowo ukształtowano rozdział X Kodeksu karnego „Środki zabezpieczające”. Uchylono przepis art. 93 i 94 k.k. W nowym przepisie – art. 93a § 1 k.k. uregulowano katalog środków zabezpieczających, do których należą:

- 1) elektroniczna kontrola miejsca pobytu;
- 2) terapia;
- 3) terapia uzależnień;
- 4) pobyt w zakładzie psychiatrycznym.

Nadto – stosownie do art. 93a § 2 k.k. – jeżeli ustawa tak stanowi, tytułem środka zabezpieczającego można orzec nakaz i zakazy określone w art. 39 pkt 2-3 k.k.

Sąd może orzec środek zabezpieczający, gdy jest to konieczne, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego, a inne środki prawne określone w kodeksie lub orzeczone na podstawie innych ustaw nie są wystarczające. Środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 4, można orzec jedynie, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości (art. 93b § 1 k.k.). Środek zabezpieczający i sposób jego wykonywania powinien być odpowiedni do stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego, który sprawca może popełnić, oraz prawdopodobieństwa jego popełnienia, a także powinien uwzględniać potrzeby i postępy w terapii lub terapii uzależnień. Sąd może zmienić orzeczony wobec sprawcy środek zabezpieczający lub sposób jego wykonywania, jeżeli poprzednio orzeczony środek stał się nieodpowiedni lub jego wykonywanie nie jest możliwe (art. 93b § 3 k.k.). Co istotne, sąd orzeka pobyt w zakładzie psychiatrycznym tylko wtedy, gdy ustawa tak stanowi (art. 93b § 5 k.k.). Natomiast sąd uchyla środek zabezpieczający, gdy dalsze jego stosowanie nie jest już konieczne (art. 93b § 2 k.k.).

² Szerzej nt. interpretacji przesłanek umieszczenia w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym – zob. A. Kwieciński, *Lecznicze środki zabezpieczające w polskim prawie karnym i praktyka ich wykonywania*, Wrocław 2009, s. 67-88 oraz J.K. Gierowski, L.K. Paprzycki, *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*, Warszawa 2013, s. 248-264 i 329-342.

Przepis art. 93c § 1 k.k. precyzuje, wobec jakich sprawców można stosować środki zabezpieczające. Zgodnie z tym przepisem środki zabezpieczające można orzec wobec sprawcy:

- 1) co do którego umorzono postępowanie o czyn zabroniony popełniony w stanie niepoczytalności określonej w art. 31 § 1 k.k.;
- 2) w razie skazania za przestępstwo popełnione w stanie ograniczonej poczytalności określonej w art. 31 § 2 k.k.;
- 3) w razie skazania za przestępstwo określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1 k.k., popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych;
- 4) w razie skazania na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia za umyślne przestępstwo określone w rozdziale XIX, XXIII, XXV lub XXVI, popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia;
- 5) w razie skazania za przestępstwo popełnione w związku z uzależnieniem od alkoholu, środka odurzającego lub innego podobnie działającego środka.

Warto również podkreślić, że zgodnie z art. 93d § 1 k.k. czasu stosowania środka zabezpieczającego nie określa się z góry. Natomiast uchylając środek zabezpieczający w postaci pobytu w zakładzie psychiatrycznym, sąd może orzec jeden lub więcej środków zabezpieczających, o których mowa w art. 93a § 1 pkt 1-3 k.k. (art. 93d § 2 k.k.).

Przesłanki szczególne pobytu w zakładzie psychiatrycznym zostały uregulowane w art. 93g § 1 k.k., zgodnie z którym sąd orzeka pobyt w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym wobec sprawcy określonego w art. 93c pkt 1, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że popełni on ponownie czyn zabroniony o znacznej społecznej szkodliwości w związku z chorobą psychiczną lub upośledzeniem umysłowym³.

³ Szerzej nt. interpretacji przesłanek stosowania środka zabezpieczającego w postaci pobytu sprawcy w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym – zob. J.K. Gierowski, L.K. Paprzycki [w:] L.K. Paprzycki (red.), *System prawa karnego. Tom 7. Środki zabezpieczające*, Warszawa 2015, s. 234-247.

II. Podstawy stosowania tymczasowego aresztowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi

W polskiej procedurze karnej przesłanki stosowania tymczasowego aresztowania zostały uregulowane w rozdziale 28 Kodeksu postępowania karnego, zatytułowanym „Środki zapobiegawcze”. Tradycyjnie już dzieli się podstawy stosowania tymczasowego aresztowania na ogólne i szczególne. Zastrzec jednak należy, że tymczasowego aresztowania nie stosuje się, jeżeli wystarczający jest inny środek zapobiegawczy (art. 257 § 1 k.p.k.).

Ogólne przesłanki stosowania tymczasowego aresztowania uregulowano w art. 249 § 1 k.p.k., zgodnie z którym środki zapobiegawcze można stosować:

- 1) w celu zabezpieczenia prawidłowego toku postępowania,
- 2) wyjątkowo także w celu zapobiegnięcia popełnieniu przez oskarżonego nowego, ciężkiego przestępstwa.

Można je stosować tylko wtedy, gdy zebrane dowody wskazują na duże prawdopodobieństwo, że oskarżony popełnił przestępstwo. Stosownie do art. 249 § 4 k.p.k., środki zapobiegawcze mogą być stosowane aż do chwili rozpoczęcia wykonania kary, przy czym formuła ta znajduje zastosowanie do tymczasowego aresztowania tylko w razie orzeczenia kary pozbawienia wolności.

Przesłanki szczególne o charakterze pozytywnym uregulowano w art. 258 § 1-3 k.p.k. Zgodnie z art. 258 § 1 pkt 1 k.p.k., tymczasowe aresztowanie można stosować, jeżeli zachodzi uzasadniona obawa ucieczki lub ukrycia się oskarżonego, zwłaszcza wtedy, gdy nie można ustalić jego tożsamości albo nie ma on w kraju stałego miejsca pobytu. Stosownie do art. 258 § 1 pkt 2 k.p.k., tymczasowe aresztowanie można stosować, jeżeli zachodzi uzasadniona obawa, że oskarżony będzie nakłaniał do składania fałszywych zeznań lub wyjaśnień albo w inny bezprawny sposób utrudniał postępowanie karne. Przepis art. 258 § 2 k.p.k. stanowi, że jeżeli oskarżonemu zarzuca się popełnienie zbrodni lub występku zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 8 lat, albo gdy sąd pierwszej instancji skazał go na karę pozbawienia wolności nie niższą niż 3 lata, potrzeba zastosowania tymczasowego aresztowania w celu zabezpieczenia

prawidłowego toku postępowania może być uzasadniona grożącą oskarżonemu surową karą⁴. Kolejną z przesłanek ustawodawca uregulował w art. 258 § 3 k.p.k., zgodnie z którym środek zapobiegawczy można wyjątkowo zastosować także wtedy, gdy zachodzi uzasadniona obawa, że oskarżony, któremu zarzucono popełnienie zbrodni lub umyślnego występku, popełni przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu lub bezpieczeństwu powszechnemu, zwłaszcza gdy popełnieniem takiego przestępstwa groził.

Kodeks postępowania karnego w art. 259 reguluje przesłanki negatywne stosowania tymczasowego aresztowania. Jak wskazuje się w doktrynie, przepis ten jest logicznym następstwem założenia przyjętego w art. 257 § 1 k.p.k., że areszt tymczasowy ma charakter *ultima ratio*⁵. Zgodnie z art. 259 § 1 k.p.k., jeżeli szczególne względy nie stoją temu na przeszkodzie, należy odstąpić od tymczasowego aresztowania, zwłaszcza gdy pozbawienie oskarżonego wolności:

- 1) spowodowałyby dla jego życia lub zdrowia poważne niebezpieczeństwo;
- 2) pociągałoby wyjątkowo ciężkie skutki dla oskarżonego lub jego najbliższej rodziny.

Stosownie do art. 259 § 2 k.p.k. tymczasowego aresztowania nie stosuje się, gdy na podstawie okoliczności sprawy można przewidywać, że sąd orzeknie w stosunku do oskarżonego karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania lub karę łagodniejszą albo że okres tymczasowego aresztowania przekroczy przewidywany wymiar kary pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia. Kolejną przesłankę negatywną statuuje art. 259 § 3 k.p.k., zgodnie z którym tymczasowe aresztowanie nie może być stosowane, jeżeli przestępstwo zagrożone jest karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą roku. Ustawodawca uznał jednak, że ograniczenia przewidziane w § 2 i 3 nie mają zastosowania, gdy oskarżony ukrywa się, uporczywie nie stawia się na wezwania lub w inny

⁴ Mimo rozbieżności w doktrynie co do tego, czy przesłanka szczególna aresztu opisana w przepisie art. 258 § 2 k.p.k. może stanowić samodzielną podstawę jego zastosowania, Sąd Najwyższy przyjął, że: „Podstawy stosowania tymczasowego aresztowania, określone w art. 258 § 2 k.p.k., przy spełnieniu przesłanek wskazanych w art. 249 § 1 i art. 257 § 1 k.p.k. i przy braku przesłanek negatywnych określonych w art. 259 § 1 i 2 k.p.k., stanowią samodzielne przesłanki szczególne stosowania tego środka zapobiegawczego.” – uchwała 7 sędziów SN z dnia 19 stycznia 2012 r., I KZP 18/11, OSNKW 2012/1/1, LEX nr 1102081.

⁵ T. Grzegorzczak, *Kodeks postępowania karnego. Tom I. Komentarz do art. 1-467*, Warszawa 2014, uwagi do art. 259, 260, teza 1.

bezprawny sposób utrudnia postępowanie albo nie można ustalić jego tożsamości. Ograniczenie przewidziane w § 2 nie ma również zastosowania, gdy zachodzi wysokie prawdopodobieństwo orzeczenia środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu sprawcy w zakładzie zamkniętym (art. 259 § 4 k.p.k.).

W kontekście tytułowej problematyki szczególnego znaczenia nabiera przepis art. 260 § 1 k.p.k., zgodnie z którym, jeżeli stan zdrowia oskarżonego tego wymaga, tymczasowe aresztowanie może być wykonywane tylko w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym, w tym w zakładzie psychiatrycznym. Należy tu podkreślić, że przepis w takim brzmieniu obowiązuje od 1 lipca 2015 roku⁶. Zmiana obejmuje uściślenie, że odpowiednim zakładem leczniczym jest także zakład psychiatryczny. W uzasadnieniu ustawy nowelizującej wskazano bowiem, że „art. 260 k.p.k., aktualnie umożliwia wykonywanie tymczasowego aresztowania, gdy wymaga tego stan zdrowia oskarżonego, »w odpowiednim zakładzie leczniczym«. Kontrowersje budzi w związku z tym, czy zakładem takim jest też zakład psychiatryczny lub leczenia odwykowego, gdy w toku procesu ujawniły się stany chorobowe oskarżonego w tym zakresie. Dla ucięcia tych wątpliwości proponuje się wyraźne zastrzeżenie w końcowym fragmencie art. 260 k.p.k., że może to być umieszczenie »w odpowiednim zakładzie leczniczym, w tym w zakładzie psychiatrycznym lub zakładzie leczenia odwykowego«⁷. Warto wskazać, że w art. 260 k.p.k. dodano § 2, na mocy którego Minister Sprawiedliwości wraz z ministrem właściwym do spraw zdrowia uzyskali delegację do określenia w drodze rozporządzenia wykazu zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania stosowanego wobec osób, których stan zdrowia wymaga umieszczenia w takim zakładzie, oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów uniemożliwiających samowolne wydalenie się z nich tymczasowo aresztowanych oraz umożliwiających izolowanie ich ze względów bezpieczeństwa, przy zapewnieniu dostępu do tymczasowo aresztowanych przez organy prowadzące postępowanie karne, mając na uwadze potrzebę zapewnienia prawidłowego toku postępowania, oraz tryb umieszczenia, warunki pobytu i leczenia

⁶ Zmiana została wprowadzona przez art. 1 pkt 77 ustawy z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2013 r., poz. 1247).

⁷ Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy - Kodeks postępowania karnego, ustawy - Kodeks karny i niektórych innych ustaw, druk nr 870 VII kadencji Sejmu, s. 55-56, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?nr=870>, [dostęp: 25.06.2017r].

tymczasowo aresztowanych w takim zakładzie, mając na uwadze niezbędne wyposażenie medyczne oraz warunki techniczne i organizacyjne tych zakładów. Wypełniając tę delegację, Minister Sprawiedliwości w dniu 16 czerwca 2015 r. wydał rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów⁸. Załącznik do rozporządzenia zawiera wykaz 124 zakładów leczniczych przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania na terenie aresztów śledczych lub zakładów karnych. Co istotne, w § 2 ust. 2 rozporządzenia wskazano, że tymczasowe aresztowanie może być wykonywane również przez inne zakłady lecznicze, jeżeli wykonują świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej w warunkach stacjonarnych, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, o ile wymaga tego stan zdrowia tymczasowo aresztowanego lub względy organizacyjne.

Kodeks postępowania karnego reguluje również stosowanie aresztu w razie umorzenia postępowania z powodu niepoczytalności sprawcy i orzeczenia środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu sprawcy w zakładzie zamkniętym na etapie tzw. postępowania międzyinstancyjnego. Zgodnie z art. 264 § 2 k.p.k., w razie skazania oskarżonego tymczasowo aresztowanego na karę inną niż wymieniona w § 1 albo w razie umorzenia postępowania z powodu niepoczytalności sprawcy i orzeczenia środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu go w zakładzie zamkniętym sąd, po wysłuchaniu obecnych stron, wydaje postanowienie co do dalszego stosowania tymczasowego aresztowania. Z kolei zgodnie z art. 264 § 2a k.p.k., w razie umorzenia postępowania z powodu niepoczytalności sprawcy i orzeczenia środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu sprawcy w zakładzie zamkniętym można zastosować tymczasowe aresztowanie. Pewne obostrzenia przewiduje przepis art. 264 § 3 k.p.k., zgodnie z którym w wypadku prawomocnego orzeczenia środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu sprawcy w zakładzie zamkniętym można zastosować tymczasowe aresztowanie do czasu rozpoczęcia wykonywania środka, jednak nie dłużej niż

⁸ Tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 1733.

na okres 3 miesięcy, z możliwością jednorazowego przedłużenia w szczególnie uzasadnionym wypadku o kolejny miesiąc. Natomiast stosownie do art. 264 § 4 k.p.k., tymczasowe aresztowanie w wypadku orzeczenia środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu sprawcy w zakładzie zamkniętym wykonuje się w warunkach umożliwiających stosowanie odpowiedniego postępowania leczniczego, terapeutycznego, rehabilitacyjnego oraz resocjalizacyjnego⁹.

Mówiąc o podstawach stosowania tymczasowego aresztowania, nie można abstrahować od przepisów ogólnych dotyczących tej materii. I tak, tymczasowe aresztowanie może nastąpić tylko na mocy postanowienia sądu (art. 250 § 1 k.p.k.), chociaż w postępowaniu przygotowawczym środek ten może być uchylony lub zmieniony na łagodniejszy przez prokuratora (art. 253 § 2 k.p.k.). W postanowieniu o zastosowaniu środka zapobiegawczego należy wymienić osobę, zarzucany jej czyn, jego kwalifikację prawną oraz podstawę prawną zastosowania tego środka (art. 251 § 1 k.p.k.). W postanowieniu o zastosowaniu tymczasowego aresztowania należy określić czas jego trwania, a ponadto oznaczyć termin jego zakończenia. Obowiązek każdorazowego oznaczenia terminu stosowania tymczasowego aresztowania trwa do uprawomocnienia się orzeczenia kończącego postępowanie. W przedmiocie tymczasowego aresztowania po wydaniu orzeczenia kończącego postępowanie orzeka sąd, który wydał to orzeczenie, a w razie przekazania sprawy do drugiej instancji – sąd odwoławczy (art. 251 § 2 k.p.k.). Uzasadnienie postanowienia o zastosowaniu środka zapobiegawczego powinno zawierać przedstawienie dowodów świadczących o popełnieniu przestępstwa przez oskarżonego, wykazanie okoliczności wskazujących na istnienie zagrożeń dla prawidłowego toku postępowania lub możliwości popełnienia przez oskarżonego nowego, ciężkiego przestępstwa w razie niezastosowania środka zapobiegawczego oraz określonej podstawy jego zastosowania i potrzeby zastosowania danego środka. W wypadku tymczasowego aresztowania należy ponadto wyjaśnić, dlaczego nie uznano za wystarczające zastosowanie innego środka zapobiegawczego (art. 251 § 3 k.p.k.).

⁹ Przepisy art. 264 § 2 i 3 k.p.k. uzyskały nowe brzmienie, zaś art. 264 § 2a i 4 k.p.k. dodano na mocy przepisu art. 1 pkt 80 ustawy z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2013 r., poz. 1247).

III. Prawne podstawy wykonywania tymczasowego aresztowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi

W pierwszym rzędzie, wskazując na prawne podstawy wykonywania tymczasowego aresztowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, należy mieć na uwadze przepis art. 213 k.k.w. Przepis ten w pierwotnym kształcie brzmiał następująco: „W wypadkach określonych w Kodeksie postępowania karnego tymczasowe aresztowanie wykonuje się poza aresztem śledczym w zakładzie leczniczym wskazanym przez organ stosujący tymczasowe aresztowanie lub organ, do którego dyspozycji tymczasowo aresztowany pozostaje. Organ ten określa również warunki umieszczenia tymczasowo aresztowanego we wskazanym zakładzie leczniczym”.

Przepis art. 213 k.k.w. od chwili uchwalenia podlegał nowelizacji trzykrotnie.

Na mocy art. 1 pkt 135 ustawy z dnia 24 lipca 2003 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw¹⁰, w art. 213 k.k.w. skreślono wyrazy „organ stosujący tymczasowe aresztowanie lub”. Zmiana tego rodzaju była podyktowana względami praktycznymi, albowiem na etapie postępowania przygotowawczego, kiedy sąd jest organem działającym jedynie wpadkowo, stosując areszt na wniosek prokuratora, istniała kolizja kompetencji sądu i prokuratora w zakresie wskazania zakładu leczniczego, w którym należało wykonywać areszt, jak i w zakresie określenia warunków umieszczenia tymczasowo aresztowanego we wskazanym zakładzie leczniczym. Wspomniana nowelizacja rozwiązała ten problem, powierzając wszelkie kompetencje organowi, do którego dyspozycji pozostaje tymczasowo aresztowany, a więc w praktyce – prokuratorowi¹¹.

Kolejna nowelizacja nastąpiła na mocy przepisu art. 1 pkt 90 ustawy z dnia 16 września 2011 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny wykonawczy oraz niektórych innych ustaw¹². Na mocy tego przepisu art. 213 k.k.w. uzyskał następujące brzmienie:

¹⁰ Dz.U. z 2003 r., Nr 142, poz. 1380.

¹¹ Zob. również K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2015, uwagi do art. 213, teza 8.

¹² Dz.U. z 2011 r., Nr 240, poz. 1431.

„§ 1. W wypadkach określonych w Kodeksie postępowania karnego tymczasowe aresztowanie wykonuje się poza aresztem śledczym w podmiocie leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej lub zakładzie leczenia odwykowego wskazanym przez organ, do którego dyspozycji tymczasowo aresztowany pozostaje. Organ ten określa również warunki umieszczenia tymczasowo aresztowanego we wskazanym zakładzie.

§ 2. Koszty pobytu tymczasowo aresztowanego w tych zakładach ponosi organ, do którego dyspozycji tymczasowo aresztowany pozostaje.”.

Zmiana sprowadzała się do zastąpienia sformułowania „w zakładzie leczniczym” sformułowaniem „w podmiocie leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej lub zakładzie leczenia odwykowego”. Zmiana ta miała jedynie charakter dostosowawczy do rozwiązań i nomenklatury przyjętych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹³.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że na mocy ww. nowelizacji dotychczasowa treść przepisu została oznaczona jako § 1, po którym dodano § 2 wskazujący organ ponoszący koszty pobytu tymczasowo aresztowanego w ww. zakładach.

Ostatnia zmiana wynika z ustawy z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw¹⁴. Zgodnie z art. 4 pkt 97 tej ustawy z treści art. 213 § 1 k.k.w. usunięto sformułowanie odnoszące się do zakładów leczenia odwykowego. Zmiana ta była podyktowana faktem, że zakłady tego rodzaju są również podmiotami leczniczymi w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej¹⁵. Przepis ten aktualnie brzmi następująco: „W wypadkach określonych w Kodeksie postępowania karnego tymczasowe aresztowanie wykonuje się poza aresztem śledczym w podmiocie leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej wskazanym przez organ, do którego dyspozycji tymczasowo aresztowany pozostaje. Organ ten określa również warunki umieszczenia tymczasowo aresztowanego we wskazanym podmiocie”. Tym samym przepis art. 213 § 1 k.k.w. zharmonizowano z treścią przepisu art. 260 § 1 k.p.k. Należy w tym miejscu wskazać

¹³ Dz.U. Nr 112, poz. 654.

¹⁴ Dz.U. z 2015 r., poz. 396.

¹⁵ K. Dąbkiewicz, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2015, uwagi do art. 213, teza 1.

jeszcze na relację, jaka zachodzi między ww. przepisami. Otóż w doktrynie nie ma wątpliwości, że art. 213 k.k.w. został pomyślany jako przepis uszczegóławiający i wykonujący postanowienia zawarte w art. 260 § 1 k.p.k.¹⁶.

Przepisy Kodeksu karnego wykonawczego precyzują, że przez zakład psychiatryczny, o którym mowa w art. 93a § 1 pkt 4 k.k., rozumie się podmiot leczniczy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej (art. 200 § 1 k.k.w.). Zakłady psychiatryczne mogą być organizowane jako zakłady dysponujące warunkami:

- 1) podstawowego zabezpieczenia;
- 2) wzmocnionego zabezpieczenia;
- 3) maksymalnego zabezpieczenia.

Poziom zabezpieczenia jest uzależniony od poziomu zagrożenia, jaki wynika z zachowania sprawcy w stosunku do życia lub zdrowia innych osób bądź też przedmiotów znacznej wartości, a nadto gdy nie jest możliwe zapobieżenie samowolnemu oddaleniu się takiego sprawcy z zakładu psychiatrycznego o odpowiednio niższym poziomie zabezpieczenia (art. 202a-202c k.k.w.).

Należy również pamiętać, że z art. 202 k.k.w. wypływa dyrektywa, zgodnie z którą sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający, obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym, psychoterapeutycznym, rehabilitacyjnym lub resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia porządku prawnego, a w wypadku sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym – również dalsze leczenie w warunkach poza tym zakładem.

¹⁶ K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy...*, dz. cyt., uwagi do art. 213, teza 2.

IV. Wykonywanie tymczasowego aresztowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w świetle orzecznictwa sądów polskich

Na wstępie należy wskazać, że w judykaturze nie budzi wątpliwości pogląd, iż to tymczasowe aresztowanie, a nie środek zabezpieczający stosuje się w toku śledztwa do sprawcy działającego z poczytalnością zniesioną (art. 31 § 1 k.k.), póki nie zostanie przesądzone jego sprawstwo¹⁷. Rozwijając tę myśl wskazać należy, że Kodeks postępowania karnego pośród środków zapobiegawczych nie przewiduje „samodzielnej” możliwości umieszczenia danej osoby w zakładzie psychiatrycznym. Możliwość taka istnieje dopiero po zastosowaniu tymczasowego aresztowania.

Jak już zauważono powyżej, przepis art. 259 k.p.k. statuuje tzw. negatywne przesłanki stosowania aresztu, a pośród nich m.in. dyrektywę wskazującą na konieczność odstąpienia od tymczasowego aresztowania, gdyby pozbawienie sprawcy wolności miało spowodować dla jego życia lub zdrowia poważne niebezpieczeństwo. Trzeba pamiętać o zastrzeżeniu, które pojawia się na wstępie tego przepisu, a mianowicie, że odstąpienie od stosowania aresztu jest możliwe, jeżeli szczególne względy nie stoją temu na przeszkodzie. Bardzo dobrze uchwycił to Sąd Apelacyjny w Krakowie, wskazując, że jeśli przetrzymywanie osoby tymczasowo aresztowanej w warunkach aresztu stwarza zagrożenie dla jej zdrowia lub życia, przed podjęciem decyzji o uchyleniu aresztowania należy rozważyć możliwość wykonywania go w odpowiednim zakładzie leczniczym służby więziennej, albo innym – tzw. wolnościowym zakładzie. Jest to uzasadnione tym bardziej, gdy aresztowany pozostaje pod zarzutem popełnienia przestępstwa o znacznym stopniu społecznego niebezpieczeństwa, jak zabójstwo, albo gdy zachodzi obawa, że zwolnienie go grozi utrudnieniem postępowania, zwłaszcza przez uchylanie się od wymiaru sprawiedliwości¹⁸. W konsekwencji, odstąpienie od zastosowania (lub dalszego stosowania) tymczasowego aresztowania jest możliwe dopiero po wyczerpaniu

¹⁷ Postanowienie SA w Krakowie z dnia 24 listopada 2004 r., II AKz 424/04, LEX nr 512063.

¹⁸ Postanowienie SA w Krakowie z dnia 18 marca 1992 r., II AKz 54/92, LEX nr 27806, „Krakowskie Zeszyty Sądowe” 1992, z. 3-9, poz. 108.

wszelkich modyfikatorów wykonywania tego środka zapobiegawczego przewidzianych przez Kodeks postępowania karnego.

W judykaturze zwrócono uwagę na niezwykle istotny problem, a mianowicie – zakres świadczeń medycznych przysługujących osobie pozbawionej wolności. Jak bowiem podkreślił Sąd Apelacyjny w Krakowie, nie jest rzeczą organów postępowania karnego umieszczenie aresztowanego w zakładzie, w którym leczyłby on swoje zdrowie, choćby zagrożone. Wystarczające jest umieszczenie go w takiej placówce więziennej służby zdrowia, która zapewniłaby mu możliwość zachowania życia i niepogorszonego poważnie zdrowia, jak to gwarantuje mu konstytucja. Stosuje się to i wtedy, gdy oskarżony sam swoje zdrowie traktuje instrumentalnie, to jest – przebywając na wolności popełnia przestępstwa, a liczy na bezkarność z powodu złego stanu swego zdrowia. Organy procesowe nie mogą bowiem odbierać mu szansy pozostania przy życiu i zdrowiu nie pogorszonym, ale też nie mają obowiązku czynienia zabiegów, by jego zdrowie poprawić¹⁹. Z dzisiejszej perspektywy tak kategoryczny pogląd może budzić wątpliwości, w szczególności gdy weźmie się pod uwagę dorobek orzecznicy Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, do czego zresztą przyjdzie jeszcze wrócić w dalszej części opracowania.

W orzecznictwie sądowym pojawiła się również wątpliwość co do podstawy prawnej umieszczenia danej osoby w zakładzie psychiatrycznym na etapie postępowania karnego. Chodzi o relację, jaka zachodzi między przepisami Kodeksu postępowania karnego a przepisami ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. W tym zakresie Sąd Apelacyjny we Wrocławiu stanął na stanowisku, że w przypadku stosowania tymczasowego aresztowania wobec oskarżonego, u którego biegli w wyniku badania połączonego z obserwacją stwierdzili chorobę psychiczną uniemożliwiającą mu udział w toczącym się postępowaniu, art. 260 k.p.k. jest wystarczającą podstawą do umieszczenia oskarżonego w szpitalu psychiatrycznym celem podjęcia leczenia. W takim przypadku przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego nie stosuje się. Zaznaczyć należy, że w toku postępowania karnego to przepis procesowy jest podstawą każdego orzeczenia sądu. Zgodnie z art. 260 k.p.k. jeżeli stan zdrowia

¹⁹ Postanowienie SA w Krakowie z dnia 15 kwietnia 1992 r., II AKz 60/92, LEX nr 27679, „Krakowskie Zeszyty Sądowe” 1992, z. 3-9, poz. 109.

oskarżonego tego wymaga, tymczasowe aresztowanie może być wykonywane tylko w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym. Zatem sąd, przedłużając tymczasowe aresztowanie, może postanowić o wykonywaniu tego środka zapobiegawczego w takim zakładzie. Może nim być przede wszystkim szpital psychiatryczny przy areszcie śledczym, a w razie braku takiej jednostki – publiczny zakład opieki zdrowotnej, na warunkach określonych przez organ, do którego dyspozycji pozostaje tymczasowo aresztowany (art. 213 k.k.w.). Wobec powyższego, postanowienie sądu wydane w trybie art. 260 k.p.k. stanowi odrębną i zarazem wystarczającą podstawę do umieszczenia tymczasowo aresztowanego w szpitalu psychiatrycznym²⁰.

²⁰ Postanowienie SA we Wrocławiu z dnia 9 sierpnia 2007 r., II AKz 402/07, LEX nr 301495.

V. Standardy europejskie

Nie można tracić z pola widzenia, że poza prawem i orzecznictwem polskim również na poziomie prawa europejskiego (także o charakterze *soft law*) mamy do czynienia z odpowiednią regulacją prawną i orzecznictwem. Mówiąc o normach prawnych należy mieć na uwadze głównie art. 3 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności²¹, zgodnie z którym: „Nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu”. W kontekście tytułowej problematyki zasadnicze znaczenie ma również przepis art. 5 ust. 1 lit. e Konwencji, według którego co do zasady każdy ma prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Zgodnie z tym przepisem nikt nie może być pozbawiony wolności, za wyjątkiem kilku enumeratywnie wyliczonych sytuacji. Należy do nich m.in. zgodne z prawem pozbawienie wolności osoby w celu zapobieżenia szerzeniu przez nią choroby zakaźnej, osoby umyślowo chorej²², alkoholika, narkomana, włóczęgi. Niezmiernie istotny jest również przepis art. 8 ust. 1 Konwencji, zgodnie z którym „Każdy ma prawo do poszanowania swojego życia prywatnego i rodzinnego, swojego mieszkania i swojej korespondencji”, zaś stosownie do art. 8 ust. 2 Konwencji „Niedopuszczalna jest ingerencja władzy publicznej w korzystanie z tego prawa, z wyjątkiem przypadków przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób”.

Choć przepisy o charakterze *soft law* nie mają wiążącego charakteru, to na ich przestrzeganie dużą uwagę w swoim orzecznictwie zwraca Europejski Trybunał Praw Człowieka. W kontekście tytułowej problematyki szczególne znaczenie mają dwa dokumenty:

²¹ Dz.U. z 1993 r., Nr 61, poz. 284.

²² Jak podkreślił Europejski Trybunał Praw Człowieka, „Termin ten nie może być interpretowany w sposób definitywny: (...) jest to termin, którego znaczenie stale ewoluuje w miarę postępu badań w dziedzinie psychiatrii, rozwoju coraz większej elastyczności w leczeniu i zmian w podejściu społeczeństwa do chorób psychicznych (...)” – wyrok ETPCz z dnia 24 października 1979 r. w sprawie *Winterwerp przeciwko Holandii*, skarga nr 6301/73.

- 1) Zalecenie Nr R (98)7 Komitetu Ministrów do Państw Członkowskich dotyczące etycznych i organizacyjnych aspektów opieki zdrowotnej w więzieniu (przyjęte przez Komitet Ministrów w dniu 8 kwietnia 1998 r. na 627 posiedzeniu delegatów);
- 2) Rekomendacja Rec (2006)2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych (przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 11 stycznia 2006 r. na 952 posiedzeniu delegatów).

W części D Zalecenia Nr R (98)7 sformułowano kilka reguł odnoszących się do sytuacji osób pozbawionych wolności w zakresie leczenia i opieki psychiatrycznej. I tak, administracja więzienna i minister właściwy do spraw zdrowia powinni współpracować w organizowaniu świadczeń z zakresu usług psychiatrycznych dla osadzonych (reguła 52). Świadczenie usług z zakresu zdrowia psychicznego i opieki społecznej w zakładzie karnym powinno mieć na celu zapewnienie pomocy osadzonym, udzielanie im porad oraz wzmocnianie ich umiejętności radzenia sobie i adaptacji. Usługi powinny koordynować swoje działania, mając na uwadze swoje zadania. Ich niezależność zawodowa powinna być zapewniona z uwzględnieniem specyficznych warunków więziennych (reguła 53). W przypadku skazanych za przestępstwa seksualne, należy im zaoferować badania psychiatryczne oraz psychologiczne, jak również odpowiednie leczenie w trakcie pobytu oraz po opuszczeniu jednostki penitencjarnej (reguła 54). Osadzeni cierpiący na poważne zaburzenia psychiczne powinni być umieszczani oraz poddani opiece w szpitalu odpowiednio wyposażonym i posiadającym odpowiednio przeszkolony personel. Decyzja o przyjęciu więźnia do szpitala publicznego powinna być podjęta przez lekarza psychiatrę i zatwierdzona przez właściwe organy (reguła 55). W przypadkach, gdy nie można uniknąć izolacji osoby chorej psychicznie, należy zmniejszyć ją do absolutnego minimum i zastąpić ciągłą i osobistą opieką pielęgniarską tak szybko jak będzie to możliwe (reguła 56). W sytuacjach wyjątkowych, w przypadku pacjentów ciężko chorych psychicznie, można przewidzieć użycie przymusu fizycznego przez możliwie krótki okres czasu do momentu, w którym środki farmakologiczne przyniosą oczekiwane efekty (reguła 57). Ryzyko podjęcia próby samobójczej powinno być stale oceniane zarówno przez personel medyczny jak i więzienny. W chwilach kryzysu powinno się stosować fizyczne środki zapobiegające samookaleczeniu, ścisłą i stałą obserwację oraz dialog

i reasekurację (reguła 58). Kontynuacja leczenia osadzonych, którzy opuścili jednostki penitencjarne, powinna być zapewniona przez specjalne usługi pozawięzienne (reguła 59).

W podobnym tonie uregulowano zalecenia w Europejskich Regułach Więziennych. Zgodnie z regułą 12.1, osoby cierpiące na choroby psychiczne i których stan psychiczny jest nie do pogodzenia z osadzeniem w zakładzie, powinny być osadzone w placówce specjalnie przeznaczony do tego celu. Z kolei stosownie do reguły 12.2, jeśli takie osoby są wyjątkowo przetrzymywane w zakładzie, to powinny tam obowiązywać specjalne przepisy biorące pod uwagę ich status i potrzeby. Nadto do sytuacji osób z zaburzeniami psychicznymi, które zostały pozbawione wolności, odnosi się reguła 47.1, zgodnie z którą specjalistyczne zakłady lub oddziały będące pod kontrolą medyczną są dostępne dla prowadzenia obserwacji i leczenia więźniów cierpiących na zaburzenia psychiczne lub anomalie, a którzy nie kwalifikują się do kategorii, o której mowa w regule 12. Z kolei zgodnie z regułą 47.2, więzienna służba zdrowia zapewnia leczenie psychiatryczne wszystkim osadzonym wymagającym takiego leczenia i zwraca szczególną uwagę na zapobieganie samobójstwom.

Jak już wskazano powyżej, Europejski Trybunał Praw Człowieka przywiązuje dużą wagę do przywołanych reguł, wiążąc ich przestrzeganie z przestrzeganiem Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności. Dał temu wyraz m.in. w wyroku *Musiał przeciwko Polsce*²³ czy *G. przeciwko Francji*²⁴.

Europejski Trybunał Praw Człowieka w swoim orzecznictwie wielokrotnie zajmował się sprawami osób pozbawionych wolności, które przejawiają zaburzenia natury psychicznej. We wspomnianym już wyroku w sprawie *Musiał przeciwko Polsce* ETPCz wskazał, że istnieją trzy konkretne elementy, które należy wziąć pod uwagę ustalając, czy stan zdrowia sprawcy pozwala na jego pobyt w areszcie: (a) status medyczny, (b) adekwatność pomocy medycznej i opieki przewidzianej w areszcie, oraz (c) celowość utrzymywania aresztu w świetle stanu zdrowotnego sprawcy. Jednocześnie Trybunał podkreślił, że jest niezaprzeczalne, iż osoby aresztowane, które cierpią na zaburzenia umysłowe, o wiele łatwiej poddają się poczuciu niższości

²³ Wyrok ETPCz z dnia 20 stycznia 2009 r. w sprawie *Musiał przeciwko Polsce*, skarga nr 28300/06.

²⁴ Wyrok ETPCz z dnia 23 lutego 2012 r. w sprawie *G. przeciwko Francji*, skarga nr 27244/09.

i bezsilności. Dlatego też należy zachować wzmożoną czujność w analizowaniu, czy spełniono wszelkie wymogi Konwencji. Rolą organów jest zdecydować, na podstawie uznanych zasad wiedzy medycznej, o metodach leczenia, które należy zastosować, aby chronić zdrowie fizyczne i psychiczne pacjentów, którzy nie potrafią decydować za siebie oraz za osoby, za które sami są odpowiedzialni. Trybunał zaznaczył, że sama natura stanu psychicznego Sławomira Musiała (skarżącego) uczyniła go bardziej wrażliwym od przeciętnej osoby przebywającej w areszcie oraz, że pozbawienie go wolności (przez ETPCz był analizowany okres ponad 2-letni), za wyjątkiem dwóch krótkich okresów w 2005 r. i 2007 r., kiedy skarżący był hospitalizowany w szpitalu więziennym, mogło pogłębić do pewnego stopnia jego poczucie cierpienia, bólu i strachu. W związku z tym Trybunał wskazał, że niezapewnienie umieszczenia skarżącego w odpowiednim szpitalu psychiatrycznym albo areszcie ze specjalistycznym oddziałem psychiatrycznym przez organy procesowe, w przeważającym okresie pozbawienia wolności, naraziło jego zdrowie na niepotrzebne ryzyko i musiało wywołać u niego stres i niepokój. W podobnym tonie Trybunał wypowiedział się w sprawie *G. przeciwko Francji*, a także w sprawie *L.B. przeciwko Belgii*²⁵. Trybunał uznał, że na skutek umieszczenia skarżącego L.B. na okres siedmiu lat w jednostce penitencjarnej w sytuacji, gdy wszystkie opinie lekarskie i psychiatryczne oraz te, wydane przez pracowników socjalnych i kompetentne władze były zgodne co do tego, że jednostka była źle przystosowana do jego stanu zdrowia i readaptacji, doszło do naruszenia art. 5 ust. 1 Konwencji (prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego). Trybunał podkreślił, że umieszczenie skarżącego na oddziale psychiatrycznym miało być tymczasowe, a odpowiednie władze powinny szukać instytucji, która byłaby lepiej przystosowana do stanu jego zdrowia i readaptacji. Trybunał stwierdził, że miejsce odbywania kary pozbawienia wolności było niewłaściwe i że opieka terapeutyczna zapewniona skarżącemu w więzieniu była bardzo ograniczona.

Trybunał w swoim orzecznictwie zwraca szczególną uwagę na sytuację osób osadzonych w izolacji, które przejawiają tendencje samobójcze. W jednym z wyroków wskazał, że osadzenie skarżącego bez właściwej kontroli lekarskiej (w tym w zakresie dozowania leków) stanowiło nieludzkie i poniżające traktowanie sprzeczne z art. 3 Konwencji. Trybunał zauważył w szczególności, że więźniowie

²⁵ Wyrok ETPCz z dnia 2 października 2012 r. w sprawie *L.B. przeciwko Belgii*, skarga nr 22831/08.

cierpiący na poważne zaburzenia psychiczne oraz wykazujący skłonności samobójcze wymagają specjalnych środków dostosowanych do ich stanu zdrowia, niezależnie od wagi przestępstwa, za popełnienie którego zostali skazani²⁶. Takie stanowisko Trybunał powtórzył w wyroku *Renolde przeciwko Francji*²⁷, podnosząc, że traktowanie osoby uwięzionej uchodzi za złe w rozumieniu art. 3 Konwencji, gdy osiąga pewien minimalny poziom. Ocena w tym zakresie jest relatywna i bierze się przy niej pod uwagę takie okoliczności, jak charakter i kontekst zachowania, sposób, metody i czas trwania danego traktowania oraz wywołane u pokrzywdzonego skutki psychiczne i fizyczne, a także płeć, wiek i stan zdrowia ofiary. Trybunał podkreślił, że wykonywanie kary nie powinno powodować większych dolegliwości niż te, które wynikają z istoty pozbawienia wolności. Odnosząc się do okoliczności faktycznych sprawy, Trybunał zwrócił uwagę na fakt umieszczenia skarżącego w izolatce za karę, na skutek incydentu, którego skarżący dopuścił się w areszcie. Trybunał uznał, że dla skarżącego cierpiącego na zaburzenia psychiczne kara ta była wyjątkowo ciężka i doprowadziła do załamania psychicznego oraz moralnego. Trybunał podkreślił, że więźniowie, o których wiadomo, że cierpią na poważne zaburzenia psychiczne, wiążące się z ryzykiem podjęcia próby samobójstwa wymagają stosowania specjalnych procedur w celu zapewnienia im humanitarnego traktowania na czas odbywania kary. W tym kontekście warto również zwrócić uwagę na wyrok *Jasińska przeciwko Polsce*²⁸, w którym Trybunał podkreślił oczywistą nieudolność systemu, który umożliwił osadzonemu odbywającemu pierwszą karę pozbawienia wolności, osobie o wrażliwej strukturze psychicznej i pogarszającym się stanie zdrowia, zgromadzenie, bez wiedzy personelu medycznego odpowiedzialnego za nadzór nad przyjmowaniem leków, śmiertelnej dawki leków psychotropowych, a następnie zażycie ich. Trybunał uznał, że obowiązek zapewnienia – zagwarantowanej przez Konwencję i popartej przez orzecznictwo – odpowiedniej opieki medycznej osadzonemu byłoby całkowicie pozbawione sensu, jeśli miałyby ograniczać się do zalecenia odpowiedniego leczenia bez upewnienia się czy jest ono prawidłowo wykonywane i kontynuowane.

²⁶ Wyrok ETPCz z dnia 11 lipca 2006 r. w sprawie *Rivière przeciwko Francji*, skarga nr 33834/03.

²⁷ Wyrok ETPCz z dnia 16 października 2008 r. w sprawie *Renolde przeciwko Francji*, skarga nr 5608/05.

²⁸ Wyrok ETPCz z dnia 1 czerwca 2010 r. w sprawie *Jasińska przeciwko Polsce*, skarga nr 28326/05.

Odpowiedzialność jest tym bardziej istotna w przypadku osadzonych z zaburzeniami psychicznymi.

Europejski Trybunał Praw Człowieka, co również należy mocno zaakcentować, w swoim orzecznictwie stale zwraca uwagę na dochowywanie rudymenarnych zasad postępowania z osobami pozbawionymi wolności, które mogą przejawiać zaburzenia psychiczne. W sprawie *Kucheruk przeciwko Ukrainie*²⁹ Trybunał stwierdził, że stosowanie kajdanek przez okres siedmiu dni wobec skarżącego, który był chory umysłowo, bez przesłanek natury psychiatrycznej lub medycznej musi zostać uznane za traktowanie niehumanitarne i poniżające. Co więcej, izolacja skarżącego oraz stosowanie kajdanek wskazują, że władze krajowe nie zapewniły mu właściwego leczenia i pomocy. W podobnym tonie ETPCz wypowiedział się w swoim późniejszym wyroku w sprawie *Rupa przeciwko Rumunii*³⁰, podnosząc, że w świetle zaburzeń behawioralnych skarżącego, które ujawniły się natychmiast po zastosowaniu wobec niego tymczasowego aresztowania i które mogły realnie mu zagrażać, władze miały obowiązek skierować go jak najszybciej na badania psychiatryczne, by określić czy stan zdrowia psychicznego pozwalał na jego osadzenie oraz jakie środki terapeutyczne należało zastosować. W przedmiotowej sprawie – w ocenie Trybunału – rumuński rząd nie wykazał, że środki przymusu zastosowane wobec skarżącego w czasie przetrzymywania go na komisariacie policji były konieczne. To traktowanie pogorszył dodatkowo brak odpowiedniej opieki medycznej w świetle złego stanu psychicznego skarżącego oraz fakt, że pokazano go publicznie przed sądem w prowadnicach na nogach.

W świetle tytułowej problematyki szczególnego znaczenia nabiera wyrok Trybunału w sprawie *Witek przeciwko Polsce*³¹, w którym podkreślono, że opinia medyczna uzasadniająca umorzenie postępowania i umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym musi opierać się na aktualnym stanie zdrowia psychicznego osoby umieszczanej, a nie wyłącznie na zdarzeniach przeszłych. Opinia nie może bowiem zostać uznana za wystarczającą dla uzasadnienia pozbawienia wolności w sytuacji, gdy od jej wydania upłynął znaczny okres czasu. W sprawie rozpoznawanej przez ETPCz okres

²⁹ Wyrok ETPCz z dnia 6 września 2007 r. w sprawie *Kucheruk przeciwko Ukrainie*, skarga nr 2570/04.

³⁰ Wyrok ETPCz z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie *Rupa przeciwko Rumunii*, skarga nr 58478/00.

³¹ Wyrok ETPCz z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie *Witek przeciwko Polsce*, skarga nr 13453/07.

między badaniem skarżącej a umieszczeniem w zakładzie psychiatrycznym wynosił – z uwagi na jej ukrywanie się – 5 lat.

Za naruszające Konwencję Trybunał uznał również rozstrzygnięcie o stanie zdrowia psychicznego danej osoby w oparciu o niepełne dane³².

³² Wyrok ETPCz z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie *Shtukaturov przeciwko Rosji*, skarga nr 44009/05.

VI. Wyniki badań aktowych

1. Kwalifikacja prawna popełnionych czynów

W pierwszej kolejności wskazać należy, że do badań wytypowano 100 spraw z sądów rejonowych i okręgowych (I instancji) z całego kraju. Niemniej jednak ostatecznie do Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości trafiło jedynie 51 spraw, albowiem część sądów nie mogła przekazać akt spraw, w których były już zaplanowane czynności procesowe w okresie, w jakim akta miały podlegać badaniu w Instytucie, a część sądów w ogóle nie odpowiedziała na prośbę wypożyczenia akt do chwili rozpoczęcia badań. Powoduje to, że wnioski wypływające z badań aktowych na próbie liczącej 51 spraw trudno uznać za miarodajne dla badanej kategorii. Niemniej jednak analiza nadesłanych akt pozwala na poczynienie pewnych uwag.

Na wstępie warto odnotować kwalifikacje prawne czynów, które podlegały karnoprawnej ocenie sądów. Pośród badanych spraw kwalifikacje te prezentują się następująco:

- art. 13 § 1 k.k. w zw. z art. 148 § 1 k.k. w zb. z art. 157 § 1 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. – 12 spraw;
- art. 207 § 1 k.k. w zb. z art. 157 § 1 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. – 8 spraw;
- art. 190 § 1 k.k. – 6 spraw;
- art. 148 § 1 k.k. – 6 spraw;
- art. 190a § 1 k.k. – 4 sprawy;
- art. 207 § 1 k.k. – 3 sprawy;
- art. 157 § 1 k.k. – 3 sprawy;
- art. 178a § 1 k.k. – 2 sprawy;
- art. 156 § 1 k.k. – 2 sprawy;
- art. 280 § 2 k.k. – 2 sprawy;
- art. 13 § 1 k.k. w zw. z art. 279 § 1 k.k. w zb. z art. 288 § 1 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k. – 1 sprawa;
- art. 193 § 1 k.k., art. 191 § 1 k.k. – 1 sprawa;
- art. 197 § 1 k.k. w zb. z art. 157 § 2 k.k. – 1 sprawa.

Powyższe wskazuje, że stosowanie aresztu, a ostatecznie – z uwagi na stan zdrowia psychicznego sprawcy – internacji psychiatrycznej dotyczy sytuacji, gdy dochodzi do naruszenia identyfikowalnego i zarazem przypisywalnego dobra prawnego, tj. dobra prawnego konkretnej osoby fizycznej. Taka sytuacja miała miejsce w 50 na 51 przypadków (poza czynem kwalifikowanym z art. 178a § 1 k.k.). Pozwala to zatem na przyjęcie, że w tych wszystkich sytuacjach identyfikowalny był także pokrzywdzony, którym – zgodnie z art. 49 § 1 k.p.k. – jest osoba fizyczna lub prawna, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przestępstwo. Analiza powyższych spraw wykazała, że dobra prawne osób pokrzywdzonych zawsze były naruszane i to nawet jeżeli czyn był kwalifikowany w związku z art. 13 § 1 k.k., albowiem były to kwalifikacje kumulatywne i nawet jeżeli doszło do zagrożenia życia (art. 13 § 1 k.k. w zw. z art. 148 § 1 k.k.), to dochodziło również do naruszenia zdrowia (art. 157 § 1 k.k.), względnie gdy dochodziło do zagrożenia zaboru mienia (art. 13 § 1 k.k. w zw. z art. 279 § 1 k.k.), to dochodziło również do jego zniszczenia (art. 288 § 1 k.k.).

Warto również podkreślić, że w 37 na 51 (a uwzględniając, że czyny kwalifikowane z art. 190 § 1 k.k., art. 190a § 1 k.k. i art. 191 § 1 k.k. godzą pośrednio w zdrowie psychiczne człowieka – w 48 na 51) badanych spraw naruszenie dobra nakierowane było na życie lub zdrowie człowieka. Ma to szczególne znaczenie na gruncie tytułowej problematyki, gdyż ukazuje, że sądy właściwie interpretowały przesłanki stosowania tymczasowego aresztowania, albowiem przypomnieć należy, że środki zapobiegawcze można stosować wyjątkowo także w celu zapobiegnięcia popełnieniu przez oskarżonego nowego, ciężkiego przestępstwa (art. 249 § 1 k.p.k.), a w przypadku tymczasowego aresztowania dodatkowo, jeżeli oskarżonemu zarzuca się popełnienie zbrodni lub występku zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 8 lat (art. 258 § 2 k.p.k.) lub gdy zachodzi uzasadniona obawa, że oskarżony, któremu zarzucono popełnienie zbrodni lub umyślnego występku, popełni przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu lub bezpieczeństwu powszechnemu, zwłaszcza gdy popełnieniem takiego przestępstwa groził (art. 258 § 3 k.p.k.). Nie ma wątpliwości, że w ww. sprawach przesłanki takie zachodziły, co – poza kwalifikacją prawną zarzucanych sprawcom czynów – wynikało także z okoliczności spraw ujętych w pisemnych uzasadnieniach postanowień o zastosowaniu lub przedłużeniu tymczasowego aresztowania.

Mając na uwadze przywołane kwalifikacje prawne, zwłaszcza art. 13 § 1 k.k. w zw. z art. 148 § 1 k.k. w zb. z art. 157 § 1 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k., art. 207 § 1 k.k. w zb. z art. 157 § 1 k.k. w zw. z art. 11 § 2 k.k., art. 148 § 1 k.k., art. 156 § 1 k.k. czy art. 280 § 2 k.k., można bez cienia wątpliwości przyjąć, że zachodziła określona w art. 93b § 1 *in fine* k.k. (art. 94 § 1 k.k. przed wejściem w życie tzw. noweli lutowej) przesłanka stosowania internacji psychiatrycznej, zgodnie z którą internację można orzec jedynie, aby zapobiec ponownemu popełnieniu przez sprawcę czynu zabronionego o znacznej społecznej szkodliwości. Sprawcy dopuszczali się bowiem poważnych czynów, a z opinii biegłych wynikało, że są gotowi popełnić je ponownie.

2. Moment powzięcia informacji o stanie psychicznym sprawcy

Symptomatyczne jest to, że we wszystkich przebadanych sprawach stan zdrowia psychicznego sprawcy był przedmiotem ustaleń jeszcze przed zastosowaniem wobec niego tymczasowego aresztowania. Informacje te wynikały bowiem z treści protokołu przesłuchania sprawcy, w którym jedną z danych jest zawsze ustalenie, czy w przeszłości leczył się on psychologicznie, psychiatrycznie bądź neurologicznie. Niekiedy informacje te wynikały pośrednio również z charakteru popełnionego czynu (np. brutalnego zabójstwa – zadania kilkudziesięciu ciosów nożem albo odrąbania ofierze głowy) bądź były sygnalizowane przez osoby pokrzywdzone. Gdy w toku postępowania ujawniały się informacje o leczeniu sprawcy, organy procesowe – prokurator lub policja – bardzo szybko zwracały się do odpowiednich podmiotów o ich udostępnienie, a następnie były one wykorzystywane na etapie opiniowania przez biegłych.

3. Stan zdrowia psychicznego sprawcy a przesłanki stosowania tymczasowego aresztowania

Znamienne jest to, że nie odnotowano ani jednej sprawy, w której stan zdrowia psychicznego sprawcy był pozytywną albo negatywną przesłanką stosowania tymczasowego aresztowania. W treści uzasadnień postanowień o zastosowaniu i o przedłużeniu aresztu okoliczność ta pojawiała się bardzo rzadko i tylko „przy okazji” rozwijania jednej z podstaw stosowania (przedłużania) aresztu. Była bowiem

powoływana jako okoliczność, która musi zostać objęta opinią biegłych psychiatrów, a tym samym areszt był traktowany jako środek niezbędny m.in. do uzyskania tej właśnie opinii z obawy, że sprawca nie poddałby się odpowiednim badaniom dobrowolnie i na każde wezwanie organu procesowego.

Ani razu stan zdrowia psychicznego nie został nawet wzmiankowany jako okoliczność mogąca rzutować na (nie)zasadność zastosowania przepisu art. 259 § 1 k.p.k. Sądy uznawały zatem – bo nie sposób tego inaczej tłumaczyć wobec braku rozwinięcia tej okoliczności w uzasadnieniach postanowień w przedmiocie stosowania tymczasowego aresztowania – że stan zdrowia psychicznego sprawcy przejawiającego zaburzenia psychiczne nie spowoduje dla jego życia lub zdrowia poważnego niebezpieczeństwa. Jak fałszywe jest to przekonanie pokazały przywołane powyżej stany faktyczne, które stały się przedmiotem rozpoznania przez Europejski Trybunał Praw Człowieka. Oczywiście nie oznacza to, że areszt tymczasowy jest wykluczony wobec ww. kategorii sprawców. Niemniej jednak osoby takie na etapie wykonywania wskazanego środka zapobiegawczego powinny być pod wzmożoną kontrolą specjalistów z zakresu psychiatrii i psychologii, o czym prokurator, do dyspozycji którego pozostaje dana osoba na etapie postępowania przygotowawczego, powinien poinformować jednostkę, w której tymczasowo aresztowany został umieszczony, a nadto powinien kontrolować, czy wobec takiej osoby wdrożono odpowiednie postępowanie lecznicze, psychoterapeutyczne, rehabilitacyjne lub resocjalizacyjne. Wszak, jak wskazał Europejski Trybunał Praw Człowieka, osoby z zaburzeniami psychicznymi, które zostały pozbawione wolności, podlegają szczególnej pieczy ze strony organów państwa odpowiedzialnych za ich umieszczenie i pobyt w izolacji więziennej.

4. Opinia (czy opinie) biegłych

Faktem jest, że w toku postępowania, już po zastosowaniu tymczasowego aresztowania, czynności procesowe, w tym te z udziałem sprawcy, były podejmowane niezwłocznie. Właściwie bezpośrednio po zastosowaniu aresztu prokurator wydawał postanowienie o powołaniu biegłych, celem wydania opinii o stanie zdrowia psychicznego osoby aresztowanej. Tutaj pojawiały się jednak poważne rozbieżności w zakresie składu opiniujących. W 42 sprawach zespół

opiniujący składał się zarówno z dwóch biegłych psychiatrów, jak i psychologa, przy czym tylko w 17 sprawach opinie o stanie zdrowia psychicznego sprawcy były wydawane wspólnie, tj. łącznie przez psychiatrów i psychologa. W 25 sprawach opinie były wydawane oddzielnie przez psychiatrów i oddzielnie przez psychologa, przy czym w 5 przypadkach opinia psychologiczna pojawiała się dopiero na etapie postępowania sądowego jako uzupełnienie materiału dowodowego. W pozostałych 9 sprawach, w 8 – opinie były wydawane jedynie przez dwóch biegłych psychiatrów, zaś w jednej sprawie zespół składał się z dwóch biegłych psychiatrów i dwóch biegłych seksuologów.

W tym kontekście wskazać należy, że opisany problem został już dostrzeżony przez doktrynę, gdzie wskazano, że: „Choć przepis art. 202 § 5 k.p.k. jasno stanowi, co ma zawierać opinia biegłych, a nie opinie biegłych, to praktyka w tym zakresie jest różna i można spotkać zarówno jedną opinię kilku biegłych, jak i kilka opinii biegłych opartych na badaniu tego samego oskarżonego. Większość autorów skłania się jednak ku stanowisku, że po przeprowadzeniu badań stanu zdrowia psychicznego oskarżonego powinna być wydana opinia wspólna wszystkich biegłych uczestniczących w badaniach. Praktyka przyjęła, że każdy z biegłych psychiatrów, lekarz innej specjalności czy psycholog może samodzielnie wykonywać czynności badawcze, co nie wyklucza wykonywania tych czynności wspólnie i w tym samym czasie. Niemniej jednak opinia pisemna to jednolite sprawozdanie z wszystkich czynności badania, wykonanych przez wszystkich biegłych, i wszystkich badań pomocniczych, które podpisują lekarze psychiatrzy i psychologowie (...).”³³.

5. Miejsce badania psychiatryczno-psychologicznego sprawcy

Analizy akt dokonano również pod kątem ustalenia, gdzie odbywały się badania stanu zdrowia psychicznego sprawcy. W 38 przypadkach badania te odbywały się w miejscu pracy biegłych, tj. w szpitalach psychiatrycznych, poradniach zdrowia psychicznego lub w innych miejscach wskazanych przez biegłych. W 11 przypadkach badania odbywały się na terenie aresztu, zaś w 2 – w budynku prokuratury.

³³ M. Nawrocki [w:] K. Flaga-Gieruszyńska (red.), *Biegły w postępowaniu cywilnym i karnym. Komentarz praktyczny z orzecnictwem. Wzory pism procesowych i orzeczeń*, Warszawa 2017, s. 548.

O ile nie można mieć zastrzeżeń do przeprowadzenia badań stanu zdrowia psychicznego sprawcy w miejscu pracy biegłych, tj. w szpitalach psychiatrycznych, poradniach zdrowia psychicznego lub innych miejscach wskazanych przez biegłych, albowiem znacząco ułatwia to biegłym przeprowadzenie tych badań, a nadto z reguły takie miejsce ma charakter neutralny do sprawcy, o tyle przeprowadzenie takiego badania w siedzibie organu procesowego nie jest prawidłową praktyką³⁴. Pamiętać bowiem należy, że przebywanie w budynku organu procesowego, a w szczególności obecność prokuratora, mogą znacząco wpływać na osobę badaną, zarówno pod kątem uzyskania prawidłowych wyników badań, jak i pod kątem jej odczucia o obiektywizmie podejmowanych czynności oraz osób biorących w nich udział, czego również przeceniać nie wolno.

6. Obserwacja psychiatryczna

Uwypuklić należy, że w 17 sprawach biegli wskazali na konieczność poddania sprawcy obserwacji psychiatrycznej. W każdej z tych spraw każdorazowo na wniosek prokuratora sąd poddawał osobę aresztowaną obserwacji na okres 4 tygodni, przy czym w 2 przypadkach obserwacja była przedłużana na kolejny, 4-tygodniowy, okres. Tymczasowo aresztowani byli poddawani obserwacji poza aresztem, na terenie szpitali psychiatrycznych, w których zatrudnieni byli biegli przeprowadzający te obserwacje.

7. Podstawy niepoczytalności

Wydawane w sprawie opinie wskazywały na zniesioną całkowicie poczytalność sprawców (niepoczytalność w rozumieniu art. 31 § 1 k.k.). U podstaw tego stanu rzeczy było:

- w 25 przypadkach – schizofrenia paranoidalna,
- w 17 przypadkach – zaburzenia urojeniowe,
- w 4 przypadkach – psychoza,
- w 2 przypadkach – otępienie naczyniowe,
- w 1 przypadku – osobowość dyssocjalna,

³⁴ Tamże.

- w 1 przypadku – schizofrenia niezróżnicowana,
- w 1 przypadku – zaburzenia schizotypowe, upośledzenie lekkie i organiczne zaburzenia osobowości.

Dodać jednocześnie należy, że w 13 przypadkach obok zasadniczej podstawy zniesienia poczytalności biegli zdiagnozowali u osoby badanej Zespół Zależności Alkoholowej.

8. Tymczasowe aresztowanie w odpowiednim zakładzie leczniczym

Z perspektywy stosowania tymczasowego aresztowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi zasadnicze znaczenie ma przepis art. 260 § 1 k.p.k., zgodnie z którym jeżeli stan zdrowia oskarżonego tego wymaga, tymczasowe aresztowanie może być wykonywane tylko w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym, w tym w zakładzie psychiatrycznym. Jakkolwiek dopiero od 1 lipca 2015 roku wskazany przepis ma przywołane brzmienie, to w poprzedzającej tę datę literaturze przedmiotu wskazywano, że:

- „odpowiedni zakład leczniczy” może funkcjonować na terenie aresztu śledczego w postaci oddziału szpitalnego ogólnego lub specjalistycznego, np. psychiatrycznego³⁵,
- pod pojęciem „odpowiedni zakład leczniczy” kryje się zarówno oddział szpitalny zakładu karnego, jak też zakład leczniczy niebędący jednostką organizacyjną więziennictwa³⁶,
- przez „odpowiedni zakład leczniczy” należy rozumieć w zasadzie zakład zamknięty, a gdyby takiego nie było – inny zakład, ale o warunkach uniemożliwiających ucieczkę czy niekontrolowany kontakt z osobami trzecimi³⁷.

Pośród badanych spraw jedynie w 9 przypadkach sądy, stosując tymczasowe aresztowanie, powołały w podstawie prawnej przepis art. 260 § 1 k.p.k.

³⁵ L.K. Paprzycki, *Komentarz aktualizowany do art. 260 Kodeksu postępowania karnego*, LEX/el., uwagi do art. 260, teza 2.

³⁶ Z. Hołda, K. Postulski, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Warszawa 2008, uwagi do art. 213, teza 3.

³⁷ T. Grzegorzczak, *Kodeks postępowania karnego...*, uwagi do art. 259, 260, teza 4.

W 4 przypadkach nie znalazło to żadnego odzwierciedlenia w treści sentencji czy uzasadnienia. Co istotne, w jednej ze spraw wydane postanowienie co do zastosowania tymczasowego aresztowania zostało poddane kontroli instancyjnej i sąd odwoławczy nie dopatrył się żadnych w tym zakresie uchybień. W 5 przypadkach sądy, stosując tymczasowe aresztowanie i powołując przepis art. 260 § 1 k.p.k., wskazywały jednocześnie miejsce wykonywania tego środka zapobiegawczego:

- dwukrotnie wskazano szpital psychiatryczny z powołaniem jego pełnej nazwy,
- raz wskazano, że tymczasowo aresztowany ma zostać umieszczony na oddziale chirurgicznym szpitala,
- raz wskazano, że aresztowany ma być umieszczony na terenie aresztu śledczego, w którym znajduje się oddział psychiatryczny,
- raz wskazano, że aresztowany ma być umieszczony w zakładzie psychiatrycznym, ale bez bliższego sprecyzowania.

Opisaną na 4 przypadkach praktykę wskazywania w treści postanowienia przepisu art. 260 § 1 k.p.k. bez sprecyzowania konkretnego miejsca umieszczenia tymczasowo aresztowanego w odpowiednim zakładzie leczniczym należy uznać za nieprawidłową. Po pierwsze, stosownie do art. 94 § 1 pkt 4 k.p.k., postanowienie powinno zawierać rozstrzygnięcie z podaniem podstawy prawnej, a wobec treści art. 94 § 1 pkt 5 k.p.k., również uzasadnienie, chyba że ustawa zwalnia od tego wymogu. Mając to na uwadze, nie sposób akceptować powyższej praktyki, albowiem wskazanie samej podstawy prawnej, tj. art. 260 § 1 k.p.k., bez rozstrzygnięcia opartego na tym przepisie, pozostaje w jawnej sprzeczności z art. 94 § 1 pkt 4 k.p.k. Zupełnie podobnie należy ocenić powoływanie przepisu art. 260 § 1 k.p.k. w podstawie prawnej rozstrzygnięcia w sytuacji, w której w uzasadnieniu sąd nie odnosi się do tego przepisu choćby jednym zdaniem. Po drugie, pamiętać należy, że Minister Sprawiedliwości w dniu 16 czerwca 2015 r. wydał rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów leczniczych, w tym psychiatrycznych, przeznaczonych do wykonywania tymczasowego aresztowania oraz warunków zabezpieczenia tych zakładów, a w załączniku do tego aktu prawnego wskazał 124 zakłady lecznicze przeznaczone do wykonywania tymczasowego aresztowania na terenie aresztów śledczych lub zakładów karnych. Nadto na podstawie tego rozporządzenia (§ 2 ust. 2) przewidziano, że tymczasowe aresztowanie może być wykonywane również przez

inne zakłady lecznicze, jeżeli wykonują świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej w warunkach stacjonarnych, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, o ile wymaga tego stan zdrowia tymczasowo aresztowanego lub względy organizacyjne. Tym samym dał łatwe narzędzie do precyzyjnego określenia miejscowo właściwego „odpowiedniego zakładu leczniczego”.

9. Okres trwania postępowania

W ramach prowadzonych badań aktowych przeprowadzono również analizę okresu, jaki minął od momentu zastosowania tymczasowego aresztowania do pierwszoinstancyjnego rozstrzygnięcia o zastosowaniu środka zapobiegawczego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym. Okres ten był najczęściej wykorzystywany na uzupełnienie materiału dowodowego, w szczególności pozyskanie opinii biegłych. Przyjęto 3-miesięczne przedziały czasowe. Na tej podstawie ustalono, że w okresie:

- do 3 miesięcy – zakończyły się 4 sprawy,
- od 3 do 6 miesięcy – zakończyło się 14 spraw,
- od 6 do 9 miesięcy – zakończyły się 22 sprawy,
- od 9 do 12 miesięcy – zakończyło się 10 spraw,
- od 12 do 15 miesięcy – zakończyła się 1 sprawa.

Nie było spraw, które trwały dłużej niż 15 miesięcy.

Powyższe zestawienie pokazuje, że choć badane sprawy dotyczyły nierzadko bardzo poważnych czynów (kwalifikowanych m.in. z art. 148 § 1 k.k., 13 § 1 k.k. w zw. z art. 148 § 1 k.k. czy art. 280 § 2 k.k.), to postępowania w ich przedmiocie trwały stosunkowo krótko. Na 51 spraw 50 zakończyło się w przeciągu roku, licząc od zastosowania tymczasowego aresztowania do chwili pierwszoinstancyjnego rozstrzygnięcia o umieszczeniu w zakładzie zamkniętym.

10. Przedłużanie tymczasowego aresztowania po umieszczeniu w zakładzie

Przeprowadzone badania pozwoliły również na poczynienie ustaleń w zakresie praktyki przedłużania stosowania aresztu już po wydaniu merytorycznego rozstrzygnięcia przez sąd I instancji. W tym zakresie należy przypomnieć, że zgodnie z art. 264 § 2 k.p.k., w razie umorzenia postępowania z powodu niepoczytalności sprawcy i orzeczenia środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu go w zakładzie zamkniętym, sąd, po wysłuchaniu obecnych stron, wydaje postanowienie co do dalszego stosowania tymczasowego aresztowania, zaś z kolei zgodnie z art. 264 § 2a k.p.k., w razie umorzenia postępowania z powodu niepoczytalności sprawcy i orzeczenia środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu go w zakładzie zamkniętym można zastosować (po raz pierwszy) tymczasowe aresztowanie. Przepis art. 264 § 3 k.p.k. precyzuje okres, na który można przedłużyć albo zastosować (po raz pierwszy) areszt wobec ww. kategorii sprawców. Zgodnie z nim, w wypadku prawomocnego orzeczenia środka zabezpieczającego polegającego na umieszczeniu sprawcy w zakładzie zamkniętym można zastosować tymczasowe aresztowanie do czasu rozpoczęcia wykonywania środka, jednak nie dłużej niż na okres 3 miesięcy, z możliwością jednorazowego przedłużenia w szczególnie uzasadnionym wypadku o kolejny miesiąc. Podkreślić tutaj należy, że przepis ten przed nowelizacją³⁸ nie przewidywał żadnych limitujących ram czasowych³⁹.

Analiza akt pozwala na ustalenie, że ani razu nie zastosowano przepisu art. 264 § 2a k.p.k., tj. po umorzeniu postępowania z powodu niepoczytalności sprawcy i orzeczenia umieszczenia w zakładzie zamkniętym nie stosowano (po raz pierwszy) wobec sprawcy tymczasowego aresztowania. Zastosowanie znajdował natomiast przepis art. 264 § 2 k.p.k., tj. przedłużano stosowanie aresztu w razie orzeczenia o umieszczeniu sprawcy w zakładzie zamkniętym. Takich sytuacji było 20, przy czym w 12 sprawach w rozstrzygnięciu o przedłużeniu aresztu nie precyzowano okresu, na jaki jest on dalej stosowany. Sądy ograniczały się do stwierdzenia, że „do czasu

³⁸ Zmiana wynika z art. 1 pkt 80 ustawy z dnia 27 września 2013 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2013 r., poz. 1247).

³⁹ Art. 264 § 3 k.p.k. przed ww. nowelizacją brzmiał: „Jeżeli umorzenie postępowania następuje z powodu niepoczytalności oskarżonego, można utrzymać tymczasowe aresztowanie do czasu rozpoczęcia wykonywania środka zabezpieczającego.”.

rozpoczęcia wykonywania środka zabezpieczającego”. Dodać w tym miejscu należy, że rozstrzygnięcia tego rodzaju pojawiły się również w 2 sprawach, które były prowadzone na podstawie przepisów po nowelizacji ustawą z 27 września 2013 roku, tj. gdy obowiązywało już nowe brzmienie przepisu art. 264 § 3 k.p.k., a więc gdy należało wyraźnie w treści postanowienia wskazywać okres stosowania aresztu wobec sprawców, w stosunku do których umorzono postępowanie z powodu niepoczytalności sprawcy i orzeczono umieszczenie w zakładzie zamkniętym. Dodać jednocześnie należy, że areszt w tych 2 sprawach nie przekroczył w żadnym przypadku okresu 3 miesięcy, a zatem można przyjąć, że w istocie nie doszło do naruszenia ww. przepisu. W 8 sprawach przedłużenie stosowania aresztu zostało sprecyzowane stosownie do treści art. 264 § 3 k.p.k. i sądy każdorazowo przedłużały stosowanie tego środka zapobiegawczego na maksymalny okres 3 miesięcy. Nie stwierdzono przypadku, aby konieczne było przedłużanie aresztu o kolejny miesiąc (art. 264 § 3 k.p.k. *in fine*). W 30 sprawach areszt nie był przedłużany, a nadto w 1 sprawie sąd po umorzeniu postępowania z powodu niepoczytalności sprawcy i orzeczenia umieszczenia w zakładzie zamkniętym uchylił dalsze stosowanie tymczasowego aresztowania.

VI. Wnioski końcowe

Ta część każdego opracowania, która nosił podtytuł „Wnioski końcowe”, względnie inny równoważny, z zasady pretenduje do przedstawiania zwięzłych konkluzji oraz formułowania postulatów *de lege lata* i *de lege ferenda*. Niemniej jednak, jak już wskazano na wstępie, niniejsze opracowanie obarczone jest pewnym mankamentem. Próba badawcza – mimo wysiłków Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości w zakresie pozyskania akt do badań – jest bowiem dość skromna i może uchodzić za niewystarczającą do czynienia uwag natury ogólnej. Z drugiej jednak strony nie można zupełnie przekreślać wyników podjętych badań. Dają one bowiem pewien obraz tego, jak wygląda stosowanie tymczasowego aresztowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

W pierwszym rzędzie warto mieć na uwadze, że w ramach badań nie odnotowano po stronie sądów żadnych trudności czy nieprawidłowości w stosowaniu prawa karnego materialnego, tj. przepisów statuujących środki zabezpieczające w prawie polskim. Choć mogłoby się wydawać, że zmiany wynikające z tzw. noweli lutowej są dość rewolucyjne, to w praktyce okazało się, że stosowanie przepisów rozdziału X Kodeksu karnego nie nastrocza sądom problemów.

Dość istotną uwagą jest spostrzeżenie, że sądy, analizując pozytywne i negatywne przesłanki stosowania tymczasowego aresztowania, nawet w jednym przypadku nie odniosły wprost problemów psychicznych sprawcy do regulacji zawartej w art. 259 § 1 pkt 1 k.p.k. Brak bowiem było bezpośredniego odniesienia się do kwestii wpływu pozbawienia wolności na stan zdrowia psychicznego sprawcy, w tym przede wszystkim oceny aresztowania osoby z zaburzeniami w kontekście wiążącego się z nim niebezpieczeństwa dla jego życia lub zdrowia. Jakkolwiek w zdecydowanej większości uzasadnień postanowień w przedmiocie stosowania tymczasowego aresztowania pojawiało się wskazanie, że sąd nie dostrzegł negatywnych przesłanek stosowania omawianego środka zapobiegawczego z art. 259 § 1 k.p.k., to równie często na tym się właśnie to odniesienie kończyło. Wydaje się – uwzględniając przede wszystkim dotychczasowe orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka – że dla lepszego uchwycenia specyfiki stosowania tymczasowego aresztowania wobec osób z zaburzeniami psychicznymi należałoby zwracać sądom

szczególną uwagę na sytuację tej właśnie kategorii sprawców. Można to uczynić poprzez uszczegółowienie regulacji zawartej w art. 259 § 1 pkt 1 k.p.k. Przepis ten mógłby uzyskać następujące brzmienie: „Jeżeli szczególne względy nie stoją temu na przeszkodzie, należy odstąpić od tymczasowego aresztowania, zwłaszcza gdy pozbawienie oskarżonego wolności:

- 1) spowodowałyby dla jego życia lub zdrowia, w tym również psychicznego, poważne niebezpieczeństwo;
- 2) pociągałyby wyjątkowo ciężkie skutki dla oskarżonego lub jego najbliższej rodziny.”.

Można również rozważyć inny wariant. Mianowicie treść przepisu art. 260 § 1 k.p.k. można uformować tak, aby jego treść wskazywała nie na fakultatywną możliwość wykonywania tymczasowego aresztowania w odpowiednim zakładzie leczniczym, ale na obligatoryjności takiego postępowania. Przepis ten mógłby brzmieć następująco: „Jeżeli stan zdrowia oskarżonego tego wymaga, tymczasowe aresztowanie wykonuje się w postaci umieszczenia w odpowiednim zakładzie leczniczym, w tym w zakładzie psychiatrycznym.”.

Analiza regulacji prawnych, poglądów doktryny, a przede wszystkim orzecznictwa sądów polskich, wskazuje, że tytułowe zagadnienie nie jest szczególnie problematyczne. Świadczy o tym wręcz znikoma liczba judykatów sądów powszechnych oraz zupełny brak uchwał (lub przynajmniej postanowień) interpretacyjnych Sądu Najwyższego (o sygnaturze „KZP”). Jest to wielce zastanawiające, gdy zestawia się to z orzecznictwem Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, które wręcz obfituje w sprawy tego rodzaju.

Wskazując na orzecznictwo strasburskie w kontekście tytułowej problematyki, należy zwrócić szczególną uwagę na rolę, jaką w tym orzecznictwie pełni *soft law*. Chodzi tutaj o wcześniej przywołane: Zalecenie Nr R (98)7 Komitetu Ministrów do Państw Członkowskich dotyczące etycznych i organizacyjnych aspektów opieki zdrowotnej w więzieniu (przyjęte przez Komitet Ministrów w dniu 8 kwietnia 1998 r. na 627 posiedzeniu delegatów) oraz Rekomendację Rec (2006)2 Komitetu Ministrów do państw członkowskich Rady Europy w sprawie Europejskich Reguł Więziennych (przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 11 stycznia 2006 r. na 952 posiedzeniu delegatów). To, co szczególnie zwraca uwagę, to fakt, że Europejski Trybunał Praw

Człowieka niejednokrotnie postrzega niedochowywanie ww. reguł (prawa o charakterze *soft law*) jako naruszenie Konwencji (a więc prawa powszechnie obowiązującego w państwach-sygnatariuszach Konwencji). Wydaje się zatem, że powinno położyć się jeszcze większy nacisk na upowszechnienie tych reguł nie tylko pośród osób pozbawionych wolności, ale przede wszystkim pośród podmiotów stosujących prawo.

Generalnie można skonstatować, że praktyka stosowania tymczasowego aresztowania w sprawach, które zakończyły się ostatecznie zastosowaniem środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w zakładzie psychiatrycznym na przełomie lat 2012-2016, była co do zasady prawidłowa, choć – jak zawsze – jest przestrzeń do czynienia przemyśleń i w konsekwencji – do dokonywania zmian.